

## **РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ГНОЙНЫХ ТУБООВАРИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ НА ФОНЕ ВМК**

*Семенюк А.К., Харленок В.И., Рослик Л.А., Матвеева Л.А.  
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

В структуре гинекологической заболеваемости воспаления придатков матки по частоте занимают первое место, среди которых гнойные воспалительные процессы отличаются особой тяжестью (С.Н.Занько, 1998; В.И.Краснопольский, 2006).

По данным В.И.Краснопольского и В.И.Кулакова (1984) внутриматочная контрацепция в 7,6% случаев является причиной развития гнойных заболеваний придатков матки.

Тяжесть воспалительного, особенно гнойного процесса, определяется микрофлорой, биологические свойства которой значительно изменились в последние годы. ВМК способствует колонизации различных микробов, из которых особую опасность для абсцедирования представляют энтерококки, стафилококки, и анаэробы (В.В.Абрамченко и соавт., 2005).

**Целью** исследования явилось обоснование реконструктивных органосохраняющих операций при гнойных тубоовариальных образованиях на фоне ВМК.

**Материал и методы исследования.** В гинекологическом отделении клинического роддома №1 г. Витебска в 2004 году по поводу гнойной тубоовариальных образований придатков матки подверглись оперативному лечению 23 женщины, из них на фоне ВМК 19, в 2005г. соответственно 20 и 5, а в 2006 г. - 43 и 38. Проведен клинический анализ 38 случаев заболеваний женщин с наличием гнойных тубоовариальных образований возникших на фоне ВМК.

**Результаты и обсуждение.** У всех больных при поступлении наблюдалась сходная клиническая картина заболевания. Из рассмотренных 38 случаев заболеваний 34 (87,4%) женщин были с реализованной репродуктивной функцией. Возраст больных составлял от 29 до 53 лет. В возрасте до 30 лет было 2 женщины, 31 – 40 лет - 11, 41 – 50 лет - 22, старше 50 лет - 3 женщины. В 33 (86,8%) случаев ВМК находился в полости матки более пяти лет, их них у 20 (52,6%) от 5 до 10 лет и у 13 (34,2%) от 10 до 15 лет. Таким образом отмечен рост числа больных с гнойно-мешотчатыми опухолями придатков матки.

Основным клиническим симптомом у данного контингента больных, помимо болей и температуры, является наличие признаков изначально тяжелой гнойной эндогенной интоксикации.

Показаниями к оперативному вмешательству являлись: наличие гнойного tuboовариального образования, не поддающегося медикаментозной терапии; рецидивирующее течение гнойной инфекции с тенденцией к генерализации и образованию tuboовариальных образований; tuboовариальные образования в пре- и постменопаузе; перфорация или угроза перфорации tuboовариального образования.

В отличие от острого гнойного сальпингита при гнойных tuboовариальных образованиях инвазивные методы диагностики не дают достаточной информации и имеют целый ряд противопоказаний.

Однократная пункция показана только в комплексе предоперационной подготовки для уточнения характера экссудата, микрофлоры, снижения интоксикации и профилактики формирования гнойных генитальных свищей и проводилась у 100% больных. Лапароскопия в ряде случаев имеет противопоказания и обладает низкой диагностической ценностью из-за выраженного спаечно-инфильтративного процесса.

Стратегия лечения данной группы больных строилась на органосохраняющих принципах, но с радикальным удалением основного гнойного очага инфекции. Поэтому у каждой конкретной больной время операции, и выбор ее объема были оптимальными, с адекватной санацией и дренированием брюшной полости.

Основным дополнительным методом диагностики явилась эхография. Ультразвуковое исследование производилось дважды. Первый раз при поступлении в стационар с целью оценки выраженности воспалительного процесса, его размеров, наличия и

места расположения ВМК, наличия признаков эндомиометрита и второй раз накануне операции после проведенной предоперационной подготовки. При отсутствии признаков эндомиометрита производилось удаление ВМК и при оперативном лечении производились органосохраняющие операции, при этом аднексэктомия с обеих сторон произведена 4(10,5%) женщинам при двухстороннем развитии процесса. У большинства пациенток (71%) выполнена аднексэктомия в сочетании с тубэктомией с противоположной стороны. Аднексэктомия с одной стороны была произведена 2 (5,3%) больным женщинам в возрасте до 35 лет с целью сохранения детородной функции. Во время лапаротомий всем больным выполнялась ревизия органов брюшной полости и малого таза.

Сопутствующий эндомиометрит по данным ультразвукового исследования проявляется наличием в полости матки множественных гетерогенных эхопозитивных структур, диффузным изменением структуры миометрия в виде множественных включений пониженной эхогенности с нечеткими контурами, в полости матки четко определяется контрацептив. Внутренняя структура гнойных воспалительных образований отличалась полиморфизмом - неоднородна и была представлена среднedisперсной эхопозитивной взвесью на фоне повышенного уровня звукопроводимости.

Извлечение спирали, в том числе на самых ранних этапах развития гнойного воспаления придатков матки, по мнению В.И.Краснопольской, С.Н.Буянова, Н.А.Щукина (2006), не только не способствовало купированию воспаления, в часто, наоборот, усугубляло тяжесть заболевания. Мы полностью разделяем эту точку зрения и поэтому ВМК при наличии эндомиометрита не удаляли. В.В.Абрамченко с соавт. 2005) считают, что чем раньше удаляется источник гнойного процесса, тем меньшей деструкции подвергаются окружающие ткани.

Операция экстирпации матки произведена у пяти больных, из них у двух больных в связи с сочетанием гнойно-мешотчатых образований с миомой матки и патологией шейки матки, а у трех больных в связи с наличием клиники эндомиометрита подтвержденного ультразвуковым исследованием.

#### **Выводы.**

1. В группу риска по развитию гнойно-мешотчатых форм воспалительных процессов придатков матки следует отнести женщин:

- с длительным наличием ВМК в полости матки более 5 лет;
- высокий процент гнойно-воспалительных заболеваний при ВМК до 5 лет по видимому объясняется не всегда соблюдением противопоказаний для их применения, низкой санитарно-просветительной и воспитательной работой среди населения, особенно в группах повышенного риска;

2. При лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки целесообразно придерживаться следующих правил:

- Производить оптимальный объем операции с учетом вовлечения в воспалительный процесс матки;
- Соблюдать принципы органосохраняющих операций.

Литература:

1. Абрамченко, В. В. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии / В. В. Абрамченко, Д. Ф. Костючек, Э. Д. Хаджиева. – СПб.: СпецЛит, 2005. – 459 с.
2. Краснопольский, В. И. Гнойная гинекология / В. И. Краснопольский, С. Н. Буянова, Н. А. Щукина – 2-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 304 с.
3. Занько, С. Н. Хронические воспалительные заболевания придатков матки / С. Н. Занько, А. Н. Косинец, Л. Я. Супрун. – Витебск, 1998
4. Практическое руководство по клинической гинекологии: учебн. пособие / под ред. И. С. Сидоровой, Т. В. Овсянниковой. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 448 с.